МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

КАФЕДРА ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ

ТЕМА: Шизофрения

План

1. Историческая справка

. Определение и распространенность шизофрении

. Этиология и патогенез

. Современная классификация

. Клиника

. Особенности течения и прогноза

. Диагностика

. Лечение

Список использованной литературы

1. Историческая справка

шизофрения психический болезнь лечение

Описания шизофреноподобных симптомов встречаются уже в 2000 году до нашей эры в «Книге Сердец» - части древнего египетского папируса Эберса. Изучение древних греческих и римских источников говорит о том, что, вероятно, в обществах того времени были осведомлены о психотических расстройствах, но не встречается описаний, которые удовлетворили бы сегодняшним критериям шизофрении. В то же время симптомы, напоминающие шизофрению, отмечены в арабских медицинских и психологических текстах, датируемых Средними веками. К примеру, в Медицинском Каноне Авиценна описывает состояние, отчасти напоминающее шизофрению, которое он именует «джунун муфрит» (тяжелое безумие) и отделяет от других форм безумия, «джунун»,- таких как мания, бешенство и маниакально-депрессивный психоз.

В средние века болезни носили имя своего святого покровителя, которому следовало молиться, чтобы предохранить себя от неё или даже излечиться. В современной научной медицине болезнь может быть названа именем того, кто дал ей первое клиническое описание.

Для болезни, которую сейчас мы называем шизофрения, такое клиническое описание сделал швейцарский психиатр и психолог Эуген Блейлер (Eugen Bleuler, 1857-1939 гг.). Заслуги этого человека в психиатрии так же велики, как и заслуги Королёва в космонавтике. Но моменту, когда болезнь была в значительной степени изучена, предшествовал этап истории под названием «деменция прекокс», с которой началось исследование этого «Нового Света человеческого рассудка».

Впервые описал симптомы деменции, которые мы сейчас относим к шизофрении великий француз Эскироль (J. Esquirol, 1772-1840 гг.). Именно тогда начался путь длиной более века от «деменции прекокс» до шизофрении. Эскиролю удалось установить различие между деменцией и идиотией, то есть установить неоднородность психических болезней. «Человек в состоянии деменции лишен благ, которыми он наслаждался ранее, это богатый ставший бедным. Идиот же всегда был в несчастье и нищете. Состояние человека в деменции может измениться, состояние идиота никогда не меняется».

Психиатры предпринимали попытки классификации психических болезней. В 1863 году немец Кальбаум (K. Kahlbaum, 1828-1899 гг.) защищал диссертацию на тему «Классификация душевных болезней». Он предложил в своей классификации различать особый класс психозов, связанных с определенной фазой физиологического развития. «деменция прекокс» естественным образом нашла здесь своё место как «пубертатная парафрения».

Хотя общая концепция безумия существовала на протяжении тысячелетий, лишь в 1893 году шизофрения была выделена в качестве самостоятельного душевного расстройства Эмилем Крепелиным (Emil Wilhelm Magnus Georg Kraepelin, 1856-1926 гг.). Он впервые провёл грань, разделившую психотические расстройства на то, что он тогда назвал dementia praecox (буквально - «ранняя деменция», синдром, описанный в 1853 году Бенедиктом Морелем (Benedict Augustin Morel, 1809-1873 гг.) под названием фр. démenceprécoce) и маниакальную депрессию. Эта дихотомия осталась важной концепцией и в современной науке.

В 1908 году швейцарский психиатр Эуген Блейлер описал шизофрению как самостоятельное заболевание, отличающееся от деменции и ввёл этот термин в психиатрию. Он доказал, что болезнь не обязательно возникает в молодые годы, а может развиться и в зрелом возрасте. Её главная особенность - не слабоумие, а «нарушение единства» психики, в том числе нарушение ассоциативного мышления. Блейлер выделял, как диагностические критерии «четыре А»: снижение Аффекта, Аутизм, нарушение Ассоциаций и Амбивалентность. Он считал амбивалентность основным признаком шизофрении, и рассматривал три её типа:

1. Эмоциональную: одновременно позитивное и негативное чувство к человеку, предмету, событию (например, в отношении детей к родителям).

2. Волевую: бесконечные колебания между противоположными решениями, невозможность выбрать между ними, зачастую приводящая к отказу от принятия решения вообще.

. Интеллектуальную: чередование или одновременное существование противоречащих друг другу, взаимоисключающих идей в рассуждениях человека.

Примечательно, что к «шизофрениям» Блейлер относил не только раннее слабоумие, невротические синдромы и старческий маразм, но и «белую горячку» у людей с алкогольной зависимостью.

Вскоре концепция шизофрении была официально признана всеми психиатрами. Оставалось выяснить, по каким признакам нужно ставить диагноз, почему болезнь возникает и как её лечить. Этим ученые занимаются и по сей день.

После Первой мировой войны в культурном кипении европейской цивилизации проблема шизофрении достигла своего апогея. Для понимания проблемы шизофрении пытались использовать новые философские системы, появились новые методы её лечения, начинается расцвет психоанализа. Даже Блейлер использует психоанализ как пояснительную теорию в своём описании группы шизофренических психозов, но не упоминает его как терапевтическое средство.

Начиная с 1917 года весь мир потрясают две эпидемии: «испанка» и «летаргический энцифалит». Последняя, которую по французской терминологии называли «сонная болезнь», сопровождалась острым галлюцинаторным бредом и приводила в одной трети случаев к смерти. У оставшихся в живых, сохранялись бредовые расстройства и изменения аффекта. Без сомнения эпидемия летаргического энцефалита имела отношение к шизофрении, и некоторые способы лечения шизофрении были подсказаны именно тогда.

В частности, в то время наблюдался большой интерес исследователей к физиологии сна. Это повлекло за собой разработку многочисленных теорий и методов. История лечения шизофрении сном интересна. В 1921 году доктор Якоб Клейси (Jakob Klaesi, 1883-1980 гг.) директор клиники в Бургхельцли в Цюрихе начинает применять барбитураты при лечении сном для «избавления шизофреников от автоматизмов». Однако метод был небезопасен из-за возможности передозировки. Так в 1925 году было зафиксировано 15 смертельных случаев на 311 пролеченных пациентов.

В 1930 году профессор фармакологии Цюрихского университета Cloetta заменяет снотворное средство на менее токсичную смесь, содержащую барбитуровый паральдегид амиленгидрата и хролалгидрата. В этот же период специалисты начинают подозревать, что барбитуровые производные вызывают тяжелую токсикоманию, но препарат продолжают использовать ещё полвека.

Впоследствии пролонгированный наркоз Клейси в лечении шизофрении был вытеснен другими методами, которые рассматривались некоторое время как основные лечебные способы для этой группы психозов. Так в 1933 году Манфред Сакель (Manfred Sakel, 1900-1957 гг.) представил Венскому Медицинскому обществу сообщение о том, что гипогликемические шоки имеют благотворное влияние на психическое состояние шизофреников, подвергнутых такому лечению. В 1950 году, он пришёл к выводу, что только инсулиновый шок способен оказывать реальное терапевтическому воздействие на больных шизофренией.

Вслед за Сакелем венгерский исследователь Владислав фон Медуна (Laszlo von Meduna [Ladislas Joseph vonMeduna], 1896-1964 гг.) предложил другой метод благотворный для лечения шизофрении -вызывание судорог посредством инъекций камфоры, которую в дальнейшем заменили на пентиленэтразол или кордиазол. В 1937 году им был опубликован труд «Судорожная терапия шизофрении».

В это же время профессор неврапоталогии и психиатрии Римского Университета Лусио Бини (Lucio Bini, 1907-1963 гг.) со своим ассистентом Хуго Керлетти (Hugo Cerletti, 1877-1963 гг.) предложили использовать электричество для вызывания судорог. В работе Керлетти рассказывалось о первом пациенте, больном шизофренией, у которого была отмечена ремиссия хорошего качества после лечения электрошоком.

Параллельно с терапевтическими способами лечения шизофрении, ученые предпринимали попытки психохирургии. Первые опыты в этой области относятся к 1888 году и принадлежат Готлибу Бурхардту (Gottlibe Burckhardt, 1836-1907 гг.) у которого в своё время Блейер был интерном. В 1935 году на Международном Конгрессе неврологов в Лондоне один из докладов был посвящен физиологии лобных долей. Более значительных результатов в психохирургии удалось добиться португальскому неврологу Эгас Мониз (Antonio Caetano de Abreu Freire Egas Moniz, 1874-1955 гг.), которому в 1994 году была присвоена Нобелевская премия по медицине за работы представленные в труде «Попытки операций в лечении некоторых психозов». Тем не менее, широкого применения психохирургия не получила.

В первой половине XX века шизофрения считалась наследственным дефектом, и во многих странах больные стали объектом манипуляций поборников евгеники. Сотни тысяч людей, как по собственному согласию, так и без него, были стерилизованы - в первую очередь в нацистской Германии, США и Скандинавских странах. В числе других лиц с клеймом «ментальной непригодности» многие больные шизофренией пали жертвой нацистской программы умерщвления Т4.

Биохимическая эра шизофрении началась в 1952 году. Этот год открытия нейролептиков, знаменателен для психиатрии так же как открытие Америки в 1492 году.

Справедливости ради, надо заметить, что ещё во время Второй мировой войны французские психиатры уже использовали дериват фенотиазина, прометазин, исходя из его седативного действия на психически больных. В 1950 году, лаборатория, производившая его, предоставила в распоряжение исследователей и клиницистов другой дериват фенотиазина - хлорпромазин (аминазин), который приобрёл популярность под названием Ларгактил. Используя его для анестезии, флотский хирург Лаборит (Henri Laborit, 1914-1995 гг.) впервые заметил, что препарат оказывает специфическое действие на психику, вызывая безучастие и равнодушие, что привело его к мысли использовать Ларгактила в психиатрии.

В 1952 году школа госпиталя Святой Анны в Париже опубликовала ряд интересных сообщений об использовании препарата, а в 1955 году провели международный симпозиум, посвящённый Ларгактилу. В том же году учёные Делай (Jean Delay, 1907-1987 гг.) и Деникер (Pierre Deniker, 1917-1998 гг.) предложили Медицинской Академии ввести термин «нейролептики» (буквально - «который улавливает нерв») для обозначения нового семейства медикаментов. В дальнейшем эти же учёные предложили первую классификацию нейролептиков по совокупности веществ.

Механизм действия нейролептиков позволял неселективно блокировать дофаминовые рецепторы и уменьшать выраженность позитивной (галлюцинаторно-бредовой) симптоматики. Однако они вызывали развитие выраженных побочных эффектов, что зачастую делало дальнейшее лечение трудно переносимым. Тем не менее, у врачей и больных появилась надежда если не на исцеление, то, во всяком случае, на радикальную помощь. Действительно, психотропные препараты существенно изменили облик психиатрических больниц. После 50-х и 60-х годов ХХ века практически уже не встречались случаи со злокачественным течением. Облик больных приобрёл всё более выраженные человеческие черты. Иногда удавалось решать и социальные проблемы.

Диагностические описания шизофрении со временем претерпевали изменения. После проведённого в 1971 году американо-британского диагностического исследования стало ясно, что в США диагноз шизофрения ставится гораздо чаще, чем в Европе. Это отчасти было связано с менее формальными критериями диагностики в США, в которых тогда использовались диагностические критерии DSM-II, в противовес Европе, где применялся классификатор ICD-9. Это открытие в ряду других факторов привело к пересмотру не только диагностики шизофрении, но и всего справочника DSM, с последующей публикацией очередной версии, DSM-III.

Следующей эпохой в психиатрии можно без сомнения назвать открытие в 80-е годы и внедрение в клиническую практику в середине 90-х двадцатого столетия новых, или атипичных нейролептиков, которые значительно облегчали как позитивные, так и негативные симптомы болезни. Благодаря своему избирательному действию, они оказывали эффект в отношении более широкого круга симптомов и гораздо лучше переносились, что значительно улучшило качество жизни психически больных. Благодаря этим свойствам они стали назначаться во всём мире как препараты выбора для терапии шизофрении.

. Определение и распространенность шизофрении

Шизофрения - тяжелое и психическое заболевание, при котором наблюдаются эмоциональные расстройства, неадекватное поведение, нарушение мышления и невозможность вести социальную жизнь. Обычно развивается у мужчин в возрасте 18-25 лет и у женщин в возрасте 26-45 лет. Иногда передается по наследству. Факторы риска - пережитые события, вызвавшие стресс. Пол значения не имеет. Встречается среди представителей разных культур и поражает примерно одного из ста человек в мире.

Термином «шизофрения» иногда ошибочно обозначаются расстройства личности. Шизофрения приводит к нарушению ощущения человеком реальности, что сопровождается неадекватностью его поведения и путаностью эмоциональных реакций. Люди, страдающие шизофренией, могут слышать голоса, что может способствовать появлению странности в их поведения. Они обычно оказываются неспособными работать или поддерживать отношения с другими людьми. Без должной поддержки и лечения люди с этим заболеванием, скорее всего, опустятся или причинят себе вред. Примерно каждый десятый человек с диагнозом «шизофрения» заканчивает жизнь самоубийством.

До сих пор не было выявлено ни одной причины, вызывающей шизофрению, но известно, что некоторую роль здесь играет генетическая предрасположенность. У человека, долгое время близко общавшегося с больным шизофренией, риск возникновения заболевания существенно повышается. Кроме этого, пережитые события, вызвавшие стресс, такие как серьезное заболевание или тяжелая утрата, могут послужить провоцирующим фактором развития шизофрении для человека, имеющего к ней предрасположенность. Есть данные, указывающие на наличие при шизофрении аномалий структуры мозга, таких как кисты или полости, заполненные жидкостью, образованные за счет разрушения мозговой ткани.

Изучение распространенности шизофрении (даже ее манифестных форм) представляет значительные трудности, поскольку на выявление больных влияет множество факторов - репрезентативность выборки, различия диагностических подходов, доступность и качество работы психиатрических служб, а также особенности учета пациентов. Изменение в последние годы в нашей стране принципов учета больных еще более осложнило ситуацию в эпидемиологических исследованиях шизофрении, давая достаточно большие основания для предположения о том, что часть пациентов остаются вне поля зрения психиатров. Тем большее значение приобретает сопоставление данных разных лет и результатов исследований, проведенных в разных странах.

Болезненность. В 1997 г. были опубликованы данные ВОЗ, согласно которым в мире насчитывается 45 млн. больных шизофренией. В пересчете на все население земного шара (5,8 млрд.) это составляет 0,77 %. Это близко к показателю, который приводят W.T. Carpenter и R.W. Buchanan (1995). Они указывают, что в последнее десятилетие XX столетия распространенность шизофрении характеризуется показателем 0,85 %, т. е. приблизительно 1 % населения земного шара страдают этим заболеванием.

Несмотря на существующие колебания показателей болезненности в отдельных странах, отмечается их сходство, в том числе и относительная стабильность за последние 50 лет (сводка соответствующих данных приводилась М.Е. Вартаняном в 1983 г. в руководстве по психиатрии под ред. А.В. Снежневского). К сожалению, из-за отсутствия точных эпидемиологических сведений нельзя сопоставить распространенность рассматриваемой патологии за больший период.

Вышеприведенный показатель болезненности относится к манифестным формам шизофрении, и он значительно бы увеличился, если бы в эту группу были включены «расстройства шизофренического спектра». Например, по данным W.T. Carpenter и R.W. Buchanan (1995), распространенность (lifetime prevalence) «шизотипальных личностных расстройств» определяется 1-4 %, шизоаффективных расстройств - 0,7 %, атипичных психозов и бредовых нарушений - 0,7 %.

Влияние диагностических подходов и возможностей психиатрических служб в отношении выявления больных отражено и в результатах других зарубежных исследований.

По обобщенным данным H. Babigian (1975) и D. Tunis (1980), показатели болезненности шизофренией в мире колеблются в довольно широких пределах - от 1,9 до 10 на 1000 населения. Американские исследователи D.A. Regier и J.D. Burke в 1989 г. указывали распространенность шизофрении в США-7 на 1000 населения (т. е. 0,7 %). Более подробный анализ распространенности шизофрении приводили М. Като и G.S. Norquist (1989). По данным авторов, 50 исследований, проводившихся с 1931 по 1938 г. в разных странах, позволили установить колебания соответствующих показателей от 0,6 до 7,1 (по показателю point prevalence) и от 0,9 до 11 (по показателю lifetime prevalence) на 1000 населения. Наибольшие показатели выявлены в Канаде - И (в популяции коренных американцев), а наиболее низкие в Гане - 0,6. Специальное исследование «Epidemiological catchment area», выполненное под руководством Национального института психического здоровья США в 1980-1984 гг., позволило установить распространенность шизофрении по показателю lifetime prevalence в пределах 0,6-1,9 на 1000 населения.

Представляя обзор психического здоровья России 1986-1995 гг., А.А. Чуркин (1997) приводит следующие данные: в 1991 г. было зарегистрировано 4,2 больных, в 1992, 1993 и 1994 гг. - по 4,1 ив 1995 г. - 4 на 1000 населения. Самые последние данные о распространенности шизофрении привели в 1998 г. Ю.В. Сейку, Т.А. Харькова, Т.А. Солохина и В. Г. Ротштейн. Они осветили также перспективы развития ситуации: по данным на 1996 г., распространенность шизофрении составляла 8,3 на 1000 населения; к 2001 г. ожидается 8,2, а к 2011 г. - 8,5 на 1000 населения.

Заболеваемость. Показатели заболеваемости, по результатам зарубежных исследований (так же, как и величины распространенности шизофрении), варьируют от 0,43 до 0,69, по одним данным [Babigian П., 1975], и от 0,3 до 1,2 на 1000 населения - по другим [Turns D., 1980]. В разных странах мира они колеблются от 0,11 до 0,7 [Carpenter W.T., Buchnan R.W., 1995].

По данным Института психиатрии АМН СССР (на 1979 г.), общий показатель заболеваемости шизофренией был равен 1,9 на 1000 населения.

Болезненность и заболеваемость шизофренией в разных возрастных группах. По данным Л.М. Шмаоновой и Ю.И. Либермана (1979), самая высокая заболеваемость шизофренией приходится на возраст 20-29 лет и по мере его увеличения уменьшается. Аналогичные показатели приводят D.A. Regier и J.D. Burke (1989): наивысший уровень болезненности шизофренией отмечается в возрастной группе 25 лет-44 года (11 на 1000 населения) и несколько ниже (8 больных на 1000 населения) - в возрастной группе 18 лет-24 года. За пределами указанных возрастных периодов число больных шизофренией уменьшается. Так, по данным W.H. Green (1989), распространенность шизофрении у детей до 12 лет - 0,17-0,4. Высокий показатель заболеваемости шизофренией (1,66), полученный при сплошном обследовании детей до 14 лет, приводит Г.В. Козловская (1980).

Шизофрения у мужчин и женщин. Риск развития шизофрении у мужчин и женщин и соответственно показатели заболеваемости, по данным большинства авторов, не различаются [Жариков Н.М., 1983; Karno M., Norquist G.S., 1989]. Этому соответствуют и показатели распространенности заболевания, приводимые Ю.В. Сейку и соавт. (1998): 7,7 на 1000 у мужчин и 8,2 - у женщин; к 2011 г., по их расчетам, должно сохраниться соотношение 8,2 и 8,8 соответственно.

Разные формы шизофрении. По результатам исследований Л.М. Шмаоновой и Ю.И. Либермана (1979), распространенность злокачественной непрерывнотекущей шизофрении - 0,49, приступообразно-прогредиентной - 3,3, вялотекущей - 2,87, недифференцированных по форме - 0,06 на 1000 населения.

Заболеваемость непрерывнотекущей шизофренией (как злокачественной, так и малопрогредиентной) у мужчин по сравнению с женщинами выше - соответственно 1,4 и 0,03 при злокачественных формах и 0,78 и 0,44 - при малопрогредиентных. Приступообразно-прогредиентные и рекуррентные формы, напротив, чаще наблюдаются у женщин - 0,26 и 0,16 в первом случае и 0,34 и 0,2 во втором.

. Этиология и патогенез

Исследования этиологии и патогенеза шизофрении начались задолго до выделения ее в качестве самостоятельного заболевания. Их изучали в рамках расстройств, объединенных позднее понятием раннего слабоумия. Они развивались в широком диапазоне - от психодинамических и антропологических до физиологических, анатомических и генетических исследований.

На первых этапах изучения этиологии и патогенеза шизофрении эти направления развивались относительно изолированно. Более того, в трактовке природы психических нарушений одни подходы (психодинамические и т. п.) противопоставлялись другим (генетическим, анатомо-физиологическим).

Развитие этих подходов основывалось на различных концепциях о сущности психического заболевания и, в частности, шизофрении (раннего слабоумия). Школа «психиков» рассматривала шизофрению как следствие психической травмы в раннем детском возрасте либо воздействия иных микросоциальных и психогенных факторов. Школа «соматиков» пыталась объяснить механизмы развития шизофренических психозов нарушениями биологических процессов в различных органах и системах организма (мозг, печень, кишечник, железы внутренней секреции и др.). Сложившееся противопоставление психического и соматического не определило их примата в развитии шизофрении. «Первичность» и «вторичность», а также соотношение психических и биологических факторов в патогенезе этого заболевания продолжают занимать исследователей до настоящего времени.

Теории психогенеза шизофрении сегодня все же еще имеют сторонников, продолжающих изучать роль различных психогенных и социальных факторов в возникновении и течении шизофрении. Результатом развития этого направления стало создание ряда моделей этиологии шизофрении. Одной из них является психодинамическая модель, постулирующая в качестве причинного фактора глубокое нарушение интерперсональных взаимоотношений [Sullivan Н., 1953]. Разновидностью этой модели можно считать представления, вытекающие из положений фрейдистской школы о подсознательной реакции на интерпсихический конфликт, возникший в раннем детстве [London N., 1973]. Вторая модель психогенного развития шизофрении - феноменологически-экзистенциальная модель, предполагающая изменение «существования» больного, его внутреннего мира. Сама болезнь в соответствии с этими представлениями есть не что иное, как «особая» форма существования данной личности [Jaspers К., 1963; Binswanger L, 1963].

Все теории психогенеза шизофрении преимущественно интерпретативны и недостаточно обоснованы научными наблюдениями. Многочисленные попытки представителей соответствующих направлений использовать адекватные теориям психогенеза терапевтические вмешательства (психотерапия и пр.) оказались малоэффективными.

Однако проблема психогенеза не исчерпывается упомянутыми концепциями. Последние данные о механизмах реализации влияния стрессовых (в том числе психического стресса) факторов среды, вовлекающих нейротрансмиттерные и нейропептидные системы мозга, открывают новые направления в изучении физиологических основ взаимодействия внешних и внутренних (генетических) факторов при шизофрении, которые должны определить место психогенных факторов в комплексе многообразных воздействий окружающей среды и их роль в патогенезе заболевания.

Среди биологических гипотез шизофрении в настоящее время наиболее убедительно выглядит генетическая гипотеза.

Изучение наследственного предрасположения при шизофрении, проводившееся в течение многих десятилетий в различных странах мира, с несомненностью показало значительное накопление случаев болезни в семьях больных шизофренией. В пользу существенной роли наследственных факторов в патогенезе заболевания свидетельствуют также многочисленные данные о конкордантности близнецов по шизофрении. Наиболее убедительные доказательства роли генетических факторов в развитии шизофрении были получены при изучении группы детей, родители которых страдали шизофренией, но дети с самого раннего возраста были изолированы от биологических родителей и приняты в «здоровые» семьи. Этот подход получил в психиатрической литературе название «стратегия приемных детей» (Strategy of adopted children). Оказалось, что воспитание детей в «здоровых» семьях не снизило частоты развития заболевания у детей, если их биологические родители болели шизофренией. Другими словами, благоприятная микросоциальная среда не понизила частоты возникновения шизофрении у детей с наследственным отягощением.

До настоящего времени остается невыясненным тип наследования шизофренических психозов. Во многих странах мира для установления типа наследственной передачи этого психоза были изучены многие тысячи больных и их родственников. Полученные результаты свидетельствуют скорее о существовании высокой клинической и генетической гетерогенности различных форм шизофрении. Природа этой наследственной гетерогенности пока не установлена. Основана ли она на разнообразии мутаций, предрасполагающих к развитию шизофрении, или эта гетерогенность связана с различными полигенными вариантами наследования (модели с пороговым проявлением, олиголокусные системы и др.), пока утверждать трудно. Вероятнее всего, что различные клинические формы шизофрении генетически отличаются друг от друга различными констелляциями ряда дискретных наследственных факторов, уникальная комбинация которых создает своеобразие клинической картины и течения различных форм шизофрении.

Главный вопрос состоит в том, как наследственное предрасположение определяет манифестацию шизофрении и через какие конкретные биологические механизмы осуществляются патогенетические процессы при разных. формах болезни. В этой области проводятся интенсивные исследования.

Развитие аутоинтоксикационных теорий связано с обнаружением в организме больных шизофренией разнообразных (белковых, низкомолекулярных) физиологически активных (токсических) субстанций, дающих нейротропные эффекты [Вартанян М.Е., 1970; Полищук И.А., 1976; Bergen J, - et al., 1960; Friedhoff A. et Van Winkle E., 1962; Heath R., Leach В., 1962; Heath R.G. et al., 1965; Frohman Ch. et al., 1971; и др.].

В течение последних 20-30 лет в различных лабораториях мира были выделены из крови, мочи и спинномозговой жидкости больных шизофренией разные по функциональной активности «токсические» соединения. В одних случаях они подавляли жизнедеятельность биологических объектов, использованных в качестве тест-систем; в других эти соединения более специфично изменяли нейрональную активность изолированных клеток мозговой ткани in vivo и в культуре in vitro; в третьих они нарушали интегративные формы поведения различных животных и человека [Heath R. et al., 1959, 1962]. Само присутствие токсических факторов в биологических жидкостях больных шизофренией не вызывает сомнений. Однако остается неясным, насколько эти аномальные субстанции причастны к специфическим механизмам патогенеза болезни. Являются ли они первичными элементами биологических нарушений при шизофрении или этот «токсикоз» представляет собой следствие нарушения центральных механизмов регуляции метаболизма, т. е. они вторичны по отношению к основному звену в патогенезе болезни? Ответа на эти вопросы пока нет. В последнее время показано накопление в семьях больных шизофренией родственников с токсическими факторами в биологических жидкостях организма. Более того, распределение родственников, имеющих в биологических жидкостях токсический фактор, подтверждает существенную роль в их возникновении наследственных факторов, предрасполагающих к развитию шизофрении.

Ряд гипотез патогенеза шизофрении связан с предположением о нарушениях в конкретных звеньях обмена, в частности биогенных аминов. Среди этих биохимических гипотез можно выделить следующие: 1) группа катехоламиновых гипотез, рассматривающих возможную роль дисфункции норадреналина и дофамина в механизмах нарушения нейробиологических процессов в мозге больных шизофренией [Hoffer A., Osmond H., Smythies J., 1954; Bourdillon R., Ridges A., 1967; Mandell A., Mandell M., 1969, и др.]. К числу катехоламиновых гипотез относятся такие широко распространенные гипотезы, как гипотеза 0-метилирования и дофаминовая; 2) группа индоламиновых гипотез, постулирующих участие серотонина и его метаболитов, а также других индоловых производных в механизмах психической деятельности, расстройство которых может привести к нарушению психических функций, в частности к развитию шизофренических симптомов [Wolley D., Shaw E., 1954; Fleischaker H. et al., 1959; Maituda M. et al., 1960; Himwich H., Brune G., 1962; Huszak I., Durkol., 1962 и др.].

К этим гипотезам примыкают концепции, согласно которым развитие шизофрении связывается с нарушением функций энзиматических систем, участвующих в обмене биогенных аминов. Наибольшее внимание привлекают такие ферменты, как МАО, катехоламинтрансфераза (КОМТ), дофамин-Р-гидроксилаза и др. Многочисленные попытки установить те или иные отклонения в их содержании или изменения их активности при шизофрении привели к противоречивым результатам.

Главным препятствием для доказательности этих гипотез является недоступность тканей мозга человека для прямого изучения и обнаружения соответствующих биохимических «дефектов». В связи с этим большие надежды возлагают на исследования посмертно взятого мозга, хотя они также имеют ряд существенных ограничений.

Оценка значимости рассмотренных выше биохимических гипотез патогенеза шизофрении в последнее время осложнилась открытием нейрональных трансмиттерных рецепторов. Оказалось, что конечная реакция мозга зависит не только от концентраций нейротрансмиттеров или особенностей их метаболизма в ткани мозга, но и от функционального состояния и числа нейрональных рецепторов. В связи с этим в последнее время центр исследований по патогенезу шизофрении несколько сместился в сторону изучения рецепторов нервных клеток при этом заболевании.

При изучении ткани посмертно взятого мозга больных шизофренией некоторым авторам удалось показать гиперчувствительность дофаминовых и других рецепторов в этих случаях по сравнению с соответствующим контрольным материалом [Meltzer H., 1980]. Хотя в ряде проверочных исследований полностью воспроизвести эти результаты не удалось, это направление представляется наиболее перспективным в изучении биохимических основ шизофренического процесса.

Иммунологические гипотезы шизофрении основываются на представлениях об аутоиммунных процессах, т. е. способности организма вырабатывать антитела к антигенам собственных тканей (в частности, тканям мозга, который является одним из забарьерных органов).

Механизм развития болезни в этом случае связывается с выработкой в организме больных антител против мозговых антигенов (противомозговых антител), которые могут повреждать ткани мозга. Доказательства существования так называемых противомозговых антител в крови и спинномозговой жидкости при шизофрении получены многими авторами [Семенов С.Ф. и др., 1961,1973; Коляскина Г.И., 1972, 1979; Lehmann-Facius H., 1937, 1939; Fessel W, 1961; Heath R. et al., 1967]. Их значимость для патогенеза болезни устанавливается преимущественно на основе клинико-иммунологических корреляций, показывающих зависимость между выраженностью иммунопатологических нарушений и различными клиническими формами, а также стадией болезни. Более важное значение для развития иммунологических гипотез шизофрении имеют исследования клеточного иммунитета. Полученные на этом пути первые результаты позволяют надеяться на его плодотворность в понимании роли иммунологических нарушений для патогенеза болезни.

. Современная классификация

В мире широко используется классификация шизофрении, основанная на типах течения, степени прогредиентности и синдромальной характеристике клинических проявлений болезни. В отличие от систематики шизофрении, представленной в Международной классификации болезней, которая основана на синдромальном принципе, данная классификация базируется на клинико-динамических критериях. В связи с этим она более дифференцирована, информативна, позволяет более уверенно строить клинический, социальный прогноз и планировать терапию.

Классификация шизофрении. . Непрерывнотекущая шизофрения. . Грубопрогредиентная (злокачественная).

. Параноидная.

. Кататоническая.

. Гебефреническая.

. Простая.

Б. Среднепрогредиентная параноидная. . Малопрогредиентная (вялотекущая).

. Неврозоподобная.

. Психопатоподобная.

. Простая. . Рекуррентная (периодическая). . Приступообразно-прогредиентная (шубообразная). . Особые формы шизофрении.

. Паранойяльная.

. Фебрильная.

Согласно данной классификации выделяют три типа течения шизофрении: непрерывный, рекуррентный и приступо-образно-прогредиентный. Непрерывнотекущая шизофрения включает с учетом выраженности прогредиентных тенденций, грубопрогредиентный (злокачественный), среднепрогре-диентный (параноидный по синдромальной характеристике) и малопрогредиентный (вялотекущий) варианты. Грубопро-гредиентная шизофрения исходя из клинических особенностей подразделяется на параноидную, кататоническую, гебеф-реническую и простую формы. В рамках вялотекущей шизофрении различают неврозоподобную, психопатоподоб-ную и простую формы. Также выделяют особые формы шизофрении: паранойяльную и фебрильную.

5. Клиника

Обычно шизофрения проявляется постепенно, начинаясь с потери пациентом жизненной энергии. В других случаях шизофрения возникает более неожиданно, причиной ее возникновения может являться перенесенный стресс. Иногда течение шизофрении разбивается на эпизоды, в которые болезнь проявляется со всей очевидностью, но между которыми пациент может демонстрировать полное отсутствие недуга. Иногда течение шизофрении более или менее непрерывно.

В число симптомов шизофрении могут входить:

слышимые пациентом голоса, которые никто, кроме него, не слышит и слышать не может;

иррациональные убеждения пациента, в частности, вера в то, что его мысли и действия управляются некоей потусторонней силой;

больной может считать, что он сам - великая личность, такая как, к примеру, Наполеон или что самые тривиальные предметы или события имеют глубокий, великий смысл;

выражение неуместных эмоций (больной может смеяться, получив дурные известия);

бессвязная речь, быстрый переход от одной темы разговора к другой;

ухудшение концентрации внимания;

замедленность движений и мыслительного процесса;

тревожность, возбуждение.

Человек, страдающий шизофренией, может быть подавленным, вялым, погруженным в себя. Возможно, больной станет пренебрегать заботой о собственных нуждах, все больше и больше изолируясь от окружающих.

Клиника шизофрении представлена большим спектром психопатологических проявлений. Наиболее типичными являются нарушения интеллекта и эмоций. При расстройствах мышления больные жалуются на невозможность сосредоточить мысли, трудности в усвоении материала, неуправляемый поток мыслей, закупорку или остановку мыслей, параллельные мысли. В то же время для них характерна способность улавливать особый смысл в словах, предложениях, художественных произведениях. Они могут создавать новые слова (неологизмы), использовать при изложении своих мыслей и в творчестве определенную символику только им понятную абстракцию. В речи их бывает трудно уловить смысл в связи с витиеватым, логически непоследовательным изложением мыслей. У больных с длительным неблагоприятным течением болезни может отмечаться разорванность речи (потеря смысловой связи между отдельными частями предложения) или ее бессвязность (набор слов). Кроме того, у больных могут отмечаться навязчивые мысли (возникающие помимо воли человека и чуждые его личности мысли, осознаваемые как болезненные, но избавиться от которых он не может). Это навязчивое воспроизведение в памяти дат, имен, терминов, навязчивый счет, навязчивые страхи, представления, рассуждения.

Больной может длительное время проводить в раздумьях о смысле жизни и смерти, почему Земля круглая, а Вселенная бесконечна и т.д. Со своими навязчивыми мыслями больной борется с помощью навязчивых действий - ритуалов, приносящих ему на определенное время облегчение. Так, например, при страхе заражения инфекционной болезнью или просто при страхе грязи больной должен строго определенное количество раз помыть руки. Если он это сделает, то немного успокаивается, если нет, то страх и беспокойство усиливаются. У больных могут возникать бредовые идеи ошибочные суждения и умозаключения, возникающие на болезненной основе, полностью овладевающие сознанием больного и не поддающиеся коррекции (больного невозможно разубедить). Бредовые идеи могут возникать первично, путем болезненной трактовки реальных фактов и событий, и вторично, т.е. на основе нарушения восприятия (галлюцинаций). Бредовые идеи могут быть различного содержания: преследования, отравления, колдовства, воздействия, ревности. Весьма характерным для больных шизофренией является бред физического воздействия, когда им кажется, что на них действуют гипнозом, электромагнитным или рентгеновским излучением с помощью специальных установок, передатчиков, причем как с Земли, так и из космоса. При этом больные слышат в голове «голоса» тех людей, которые на них действуют, управляют их мыслями, эмоциями, движениями. Они могут видеть также «фильмы» или «специальные картинки», которые им показывают мнимые люди (голоса которых они слышат), ощущать различные запахи, чаще неприятные, испытывать тягостные ощущения в теле и голове в виде жжения, переливания, сверления, прострелов. Обманы восприятия (слуховые, зрительные, обонятельные, вкусовые, тактильные) или восприятие мнимых объектов и раздражителей и называется галлюцинациями.

Эмоциональные нарушения начинаются с утраты чувства привязанности и сострадания к родителям и близким людям, исчезновения интереса к учебе, работе, замкнутости, отгороженности. Иногда больные становятся грубыми, злобными по отношению к близким, к своим родителям относятся как к чужим людям, называя их по имени, отчеству. Исчезает чувство ответственности, долга, что отражается на поведении. Больные перестают выполнять свои обязанности, следить за своей внешностью (не моются, не переодеваются, не причесываются), бродяжничают, совершают нелепые поступки. Наряду с этими дефицитарными симптомами у больных в период обострения может быть подавленное (депрессивное) или повышенное (маниакальное) настроение. У больных наблюдается выраженное снижение волевой активности (целенаправленной деятельности), приводящее к полному безразличию (апатии) и вялости. Причем степень выраженности волевых расстройств, также как и эмоциональных, коррелирует с тяжестью дефекта личности. Так называемый апато-абулический синдром и составляет основу шизофренического дефекта.

Характерными для больных шизофренией являются своеобразные двигательно-волевые нарушения (кататонические). Больной может находиться в состоянии кататонического ступора (полной заторможенности). Такие больные могут долго (иногда недели, месяцы) лежать в утробной позе с согнутыми в коленях и прижатыми к животу ногами, не реагируя на окружающих, не отвечая на вопросы, не выполняя никаких инструкций. Они отказываются от еды, и персонал вынужден кормить их насильно (через зонд) во избежание голодной смерти. У некоторых больных встречается симптом воздушной подушки, при котором они лежат на спине с приподнятой над подушкой головой.

Длительное сохранение определенной позы больным возможно в связи с имеющейся у них восковой гибкостью, которая появляется в результате своеобразного перераспределения мышечного тонуса. Больные могут достаточно долго сохранять и искусственно приданную им позу. Отказ от выполнения инструкций (негативизм) бывает пассивным (просто не реагирует на слова) и активным (делает наоборот). У больных может появляться нецеленаправленное, хаотическое возбуждение (кататоническое) со стереотипными действиями, повышенной агрессивностью, непредсказуемостью поступков. У таких больных могут быть эхо-симптомы, когда они повторяют за кем-либо из окружающих слова, движения, копируют мимику. Больные в таком состоянии могут быть опасны для себя (наносят самоповреждения) и окружающих (агрессивные действия) и должны быть немедленно госпитализированы.

Кататоническое состояние может сопровождаться сновидными галлюцинациями фантастического содержания (сон наяву или онейроидным помрачением сознания. Одним из наиболее неблагоприятных, злокачественных симптомов является состояние гебефрении - возбуждение с дурашливостью, манерностью, вычурностью движений и речи. Больные кривляются, гримасничают, дразнятся, искажают слова, отпускают различные шутки. Поведение их не управляемо и не предсказуемо. Это состояние часто сменяет кататоническое возбуждение.

Как видно из изложенного, клинические проявления шизофрении разнообразны, но имеют свои особенности. Различны и исходы болезни, от едва заметных изменений личности, мало влияющих на социальную адаптацию, до глубокого дефекта, делающего невозможным пребывание больного вне больницы. Эти различия связаны с течением болезни, степенью ее прогредиентности (прогрессирования), возрастом начала заболевания.

Симптомы шизофрении делятся на три категории:

· Позитивные симптомы. К их числу относятся ненормальные мысли и суждения, в том числе галлюцинации, бред, расстройства мышления, а также двигательные нарушения.

· Негативные симптомы, которые выражаются в утрате или снижении способности планировать, изъясняться, выражать эмоции или получать удовольствие от повседневной жизни. Эти симптомы сложнее распознаются как проявления шизофрении, их можно ошибочно принять за проявление лени или же депрессии.

· Когнитивные симптомы (или когнитивные нарушения) - проблемы с концентрацией и вниманием, определенными типами памяти и управляющими функциями, ответственными за наше умение планировать и организовывать. Когнитивные нарушения также с трудом распознаются в качестве симптомов болезни, но при этом в наибольшей степени влияют на возможность вести нормальный образ жизни.

Позитивные симптомы

Позитивные симптомы - это легко распознаваемые особенности поведения, несвойственные здоровым людям и связанные, обычно, с утратой связи с реальностью. К их числу относятся галлюцинации, бред, расстройства мышления и двигательные нарушения. Позитивные симптомы могут появляться и исчезать. Порой они проявляются в тяжелой форме, а порой едва заметны - все зависит от того, лечится человек или нет.

Галлюцинации. Галлюцинации - это такое явление, когда человек видит, слышит, чувствует запах или ощущает то, чего никто, кроме него, не видит, не слышит, не чувствует запаха или не ощущает. «Голоса» - наиболее распространенный вид галлюцинаций при шизофрении. Многие больные слышат голоса, которые комментируют их поведение, приказывают им что-либо делать, предупреждают о грозящей опасности или же разговаривают друг с другом (обычно о пациенте). Страдающие шизофренией могут слышать такие голоса в течение долгого времени, прежде чем родственники или друзья заметят что-то неладное. К другим видам галлюцинаций относятся видения несуществующих в действительности людей или предметов; обоняние запахов, которых больше никто не чувствует (хотя это также может быть симптомом некоторых опухолей головного мозга); и воображаемые тактильные ощущения (к примеру, прикосновение невидимых пальцев к телу больного, когда никого рядом нет).

Бред. Бред - это ложные представления человека, не имеющие корней в его культурном опыте и остающиеся непоколебимыми, даже когда другие люди приводят доказательства, что представления эти неверны и алогичны. У больных шизофренией могут наблюдаться совершенно аномальные бредовые идеи, к примеру, они уверены, что соседи контролируют их поведение при помощи магнитных волн, люди по телевизору передают им специальные послания, или же, что радиостанции в своих трансляциях озвучивают их мысли другим людям. У них может также развиваться бред величия и убеждение, что они - знаменитые исторические личности. Люди с параноидной шизофренией могут считать, что другие преднамеренно обманывают их, издеваются над ними, пытаются их отравить, шпионят за ними или плетут заговор против них и близких им людей. Такие представления называются бредом преследования.

Расстройство мышления. У больных шизофренией часто наблюдаются ненормальные формы мыслительного процесса. Одна из наиболее существенных - дезорганизованное мышление, при котором человеку трудно систематизировать свои мысли или же логически их связывать. Речь может быть бессвязной или трудной для понимания. Другая форма - «задержка мышления», при которой человек внезапно останавливается на середине мысли. Если спросить, почему он остановился, то человек может ответить, что у него как-будто бы вынули мысль из головы. Наконец, человек может создавать непонятные слова или же «неологизмы».

Двигательные нарушения. У больных шизофренией могут наблюдаться неловкие, несогласованные и непроизвольные движения, гримасы или же странная манерность. Они могут повторять определенные движения снова и снова или же впадать в кататоническое состояние - состояние неподвижности и невосприимчивости. Кататонический синдром был более распространененным, когда не существовало лечения шизофрении; теперь, к счастью, этот симптом встречается редко.

Негативные симптомы

Термин «негативные симптомы» означает снижение нормального эмоционального потенциала и уровня поведения:

· уплощенный аффект (неподвижное выражение лица, монотонный голос),

· неспособность получать удовольствие в повседневной жизни,

· ослабленная способность планировать и выполнять намеченные дела, и

· вялая и скудная речь, даже при необходимости общения.

Больные шизофренией часто пренебрегают правилами элементарной гигиены и в повседневной жизни нуждаются в посторонней помощи. Поскольку это неочевидно, что негативные симптомы являются проявлениями психического заболевания, то больных шизофренией нередко считают просто ленивыми и нежелающими улучшить свою жизнь людьми.

Когнитивные симптомы

Когнитивные симптомы незаметны и зачастую их обнаруживают только в результате нейропсихологических тестов. К числу когнитивных симптомов относятся:

· слабость «управляющих функций» (способность усваивать и перерабатывать информацию и принимать решения на основании этой информации),

· неспособность концентрировать внимание, и

· проблемы с «рабочей памятью» (способность запоминать недавно полученную информацию и сразу применять ее)

Когнитивные нарушения часто мешают пациенту нормально жить и содержать себя. Они могут стать причиной тяжелого эмоционального дистресса.

Когда проявляется шизофрения и кто ею болеет?

Психотические симптомы (такие, как галлюцинации и бред) обычно возникают у мужчин в период позднего подросткового возраста и до 25 лет, а у женщин в возрасте 25-35 лет. Они изредка встречаются после 45-ти лет и крайне редко до пубертатного периода, хотя имеются описанные случаи шизофрении у детей 5-ти летнего возраста. Первыми признаками у подростков могут быть: смена друзей, снижение успеваемости, проблемы со сном, раздражительность. Поскольку такие же особенности поведения свойственны многим психически нормальным подросткам, то на этом этапе поставить диагноз затруднительно. У молодых людей, заболевших шизофренией, такой период называется «продромальным».

Как показали научные исследования, шизофрении в равной степени подвержены как мужчины, так и женщины, и процент заболеваемости одинаков среди всех этнических групп во всем мире.

Агрессивны ли больные шизофренией? Больные шизофренией не особо склонны к насилию и зачастую предпочитают, чтобы их оставили в покое. Согласно исследованиям, если человек не привлекался к уголовной ответственности за насилие до болезни и не употребляет психоактивные вещества (наркотики, алкоголь и т.д.), то он / она вряд ли совершит преступление и после того, как заболеет. Большинство насильственных преступлений совершают не больные шизофренией, и большинство больных шизофренией не совершают насильственные преступления. Употребление психоактивных веществ всегда повышает агрессивность поведения, независимо от наличия шизофрении. Если кто-то, страдающий параноидной шизофренией, проявляет агрессивность, то чаще всего она направлена на членов семьи и проявляется в домашней обстановке.

Злоупотребление психоактивными веществами у наркоманов могут проявляться симптомы, сходные с симптомами шизофрении, поэтому больных шизофренией могут ошибочно принять за людей, находящихся под воздействием наркотиков. В то время, как исследователи не верят, что злоупотребление психоактивными веществами является причиной шизофрении, факты свидетельствуют о том, что больные шизофренией злоупотребляют алкоголем и/ или наркотиками чаще, чем не шизофреники.

Употребление психоактивных веществ при шизофрении может снизить эффективность лечения. Стимуляторы (такие, как амфетамины или кокаин), фенилциклидин и марихуана могут ухудшить симптомы шизофрении. Кроме этого, употребляющие психоактивные вещества пациенты скорее всего не будут придерживаться плана лечения.

Шизофрения и никотин. Наиболее распространенная форма злоупотребления психоактивными веществами среди больных шизофренией - это пристрастие к никотину. Никотиновая зависимость среди них в три раза выше, чем среди общего населения (соотношение 75%-90% к 25%-30% процентам).

В результате исследований выяснилась сложная взаимосвязь между курением и шизофренией. Больных шизофренией курение притягивает и манит, и исследователи изучают, имеются ли биологические предпосылки для этой потребности. Помимо известного факта, что курение вредит здоровью, в результате ряда исследований было обнаружено, что курение ослабляет действие антипсихотических препаратов. Если больной шизофренией курит, ему может понадобиться более высокая доза лекарств.

Больным шизофренией особенно трудно бросить курить, так как прекращение потребления никотина может вызвать временное ухудшение психотических симптомов. Лучше переносятся методы отказа от курения, включающие никотинозамещающие препараты. Если больной шизофренией принимает решение начать или бросить курить, лечащий врач должен внимательно наблюдать за действием антипсихотических препаратов.

Шизофрения и самоубийство. Больные шизофренией совершают покушения на самоубийство намного чаще, чем представители остального населения. В 10<http://www.omh.ny.gov/omhweb/russian/booklets/schizophrenia.html>, <http://www.omh.ny.gov/omhweb/russian/booklets/schizophrenia.html> процентах случаев (особенно среди молодых мужчин) эти попытки достигают цели. Трудно предсказать, кто из больных шизофренией склонен к самоубийству, поэтому, если кто-то говорит о самоубийстве или совершает попытку, следует немедленно обратиться к специалистам за помощью.

Причины шизофрении. Считается, что как и многие другие заболевания, шизофрения является результатом сочетания экологических и генетических факторов. Для поиска причин шизофрении задействован весь арсенал современной науки.

Передается ли шизофрения по наследству?

Ученым давно известно, что шизофрения носит наследственный характер. Этой болезни подвержен 1% процент населения планеты, но при этом она встречается у 10% людей, чьи ближайшие родственники (один из родителей, брат или сестра) страдают шизофренией. Люди, чьи родственники второй степени родства (тети, дяди, дедушки и бабушки или двоюродные братья и сестры) больны шизофренией, также чаще страдают этим заболеванием, чем остальное население. В паре однояйцовых близнецов, где один болен шизофренией, риск заболеть у второго - самый высокий: 40% - 65%.<http://www.omh.ny.gov/omhweb/russian/booklets/schizophrenia.html>.

Наши гены расположены на 23 парах хромосом, которые находятся в ядре каждой клетки человека. Мы наследуем две копии каждого гена - по одной от каждого из родителей. Предполагается, что некоторые гены связаны с повышенным риском развития шизофрении, однако ученые считают, что отдельно взятый ген имеет очень небольшое влияние и сам по себе не может быть причиной заболевания. На сегодняшний день все еще невозможно предсказать, кто заболеет, на основании генетического материала.

При наличии генетических предпосылок шизофрении маловероятно, что гены сами по себе - достаточное основание для развития болезни. Существует точка зрения, что шизофрения - результат определенного взаимодействия генов и объективных факторов внешнего мира. Так, например, к факторам риска относится влияние на плод вирусных заболеваний и недостаток витаминов у матери в период беременности, осложнения во время родов, а также психосоциальные факторы, такие как стрессовая обстановка.

. Особенности течения и прогноза

Миф: Шизофрения - очень редкая болезнь.

Факт: Шизофрения встречается примерно у одного процента людей на земле. В одних странах она наблюдается чаще, в других реже, однако причина распространенности этого заболевания ученым пока неизвестна. Существует статистика встречаемости шизофрении в разных социальных группах.

Миф: Шизофрения возникает от плохого обращения в детстве.

Факт: На появление у человека шизофрении практически не влияют воспитание, социально-экономическое положение семьи или религия. Болезнь возникает в результате нарушения метаболизма ряда веществ в головном мозге, на этот процесс обстоятельства жизни ребенка повлиять не могут. Но неблагоприятные условия могут усугубить или спровоцировать утяжеление течения болезни.

Миф: Психические болезни заразны.

Факт: Психические болезни не заразны. Заболевание не передается воздушно-капельным или иным путем заражения, поэтому невозможно заболеть шизофренией, тесно общаясь с больным.

Миф: Шизофрения передается по наследству.

Факт: Если в вашей семье были больные шизофренией, нельзя говорить, что со стопроцентной вероятностью болезнь передастся по наследству и вам или вашим детям. Женщина с диагнозом шизофрении способна выносить и родить полноценного ребенка. При этом надо помнить, что фактор наследственности у шизофрении проявляется так же, как у раковых заболеваний или сахарного диабета. Если больны двое родителей - ребенок заболевает примерно в 50% случаев, если один - риск составляет 25%.

Миф: Существуют методы излечения от шизофрении.

Факт: К сожалению, современные методы лечения шизофрении не позволяют окончательно избавить человека от этой болезни. Однако современные препараты позволяют во многих случаях значительно ослабить ее симптомы и улучшить качество жизни больных и их близких.

Миф: Больные шизофренией агрессивны.

Факт: Больные шизофренией в основном не агрессивны. Большинство из них как раз очень отстранены и тихи. По статистике случаи агрессивного поведения среди них встречается не чаще, чем среди здоровых людей.

Миф: Шизофрения - это следствие плохих поступков.

Факт: Тот факт, что человек страдает шизофренией, не означает, что он совершал плохие поступки. Нет причин стыдиться того, что эта болезнь проявилась в вашей семье. Страдать ей - то же самое, что болеть диабетом, язвенной болезнью или другим хроническим заболеваниям.

Миф: Шизофрения - признак моральной слабости.

Факт: Душевнобольные люди не могут усилием воли устранить симптомы болезни. Так же как усилием воли невозможно улучшить зрение или слух.

Миф: Шизофрения - это признак гениальности.

Факт: Ход мысли больного шизофренией отличается нестандартностью, а порой и оригинальностью. Однако, далеко не все люди, страдающие шизофренией, гениальны.

Миф: Больные шизофренией не могут работать.

Факт: Диагноз "шизофрения" не является поводом отстранения человека от работы. Больной в состоянии хорошо выполнять свои служебные обязанности. Более того, необходимость работать морально поддерживает человека и помогает ему восстановиться после приступа и скорее выйти из больницы. Работа повышает самоуважение больного, подтверждает заинтересованность в нем общества.

Миф: Больным шизофренией место в тюрьме.

Факт: Бывает, душевнобольные люди попадают в тюрьму. Происходит это из-за бродяжничества, токсикомании и других нетяжких нарушений, которые совершаются, как правило, в момент приступа или обострения болезни. К сожалению, общество рассматривает тюрьму как место изоляции людей с шизофренией. Однако в тюремной больнице им не могут предоставить необходимого лечения, и состояние больных продолжает ухудшаться. Двойное наказание им достается от жестокого обращения с ними других заключенных, что приводит к окончательной потере социальных контактов и еще большей изолированности.

Миф: Люди с шизофренией не способны думать о своем лечении.

Факт: Большинство людей с шизофренией понимают, что они больны и стремятся к лечению, хотя на начальных стадиях болезни человеку трудно принять болезнь. Способность человека принимать решения относительно собственного лечения значительно повышается, если члены его семьи занимают заинтересованную позицию, одобряют и поддерживают его решения.

Миф: Существуют методы излечения тяжелых психических заболеваний.

Факт: На сегодня не известны методы, позволяющие вылечить человека от непрерывно текущей шизофрении и тяжелого маниакально-депрессивного психоза. Некоторые психиатры заявляли, что способны вылечить таких душевнобольных. Однако их методы не удавалось воспроизвести другим специалистам на произвольно составленных группах больных. Что мы реально можем, это ослабить во многих случаях симптомы и улучшить качество жизни больных и их близких. Нельзя забывать о том, что существуют разновидности шизофрении, когда заболвание течет приступа, пусть даже тяжелыми, но не приводящими к дефекту и перемежающимися ремиссиями хорошего качества на уровне практического выздоровления.

Миф: Болеть шизофренией - значит иметь расщепленную личность.

Факт: Болеть шизофренией - не значит иметь расщепленную личность. Расщепление личности связано с совершенно особым психическим состоянием, называемым на профессиональном языке множественным диссоциативным расстройством личности. Оно вызывается неоднократными психическими травмами в детстве. Для людей с таким расстройством характерны переходы от одного состояния личности к противоположному. Например, застенчивая и неловкая на людях машинистка время от времени превращается в общительную и обольстительную искательницу развлечений. При разных состояниях такие люди склонны называться различными именами. Следует отметить, это очень редкое расстройство и диагностируется в основном психоаналитически ориентированными американскими психиатрами. Оно прекрасно отображено в фильме "Цвет ночи" с Брюсом Виллисом в роли психиатра.

. Диагностика

Магнитно-резонансная томография позволяет исключить опухоли мозга, выявить изменения структур мозга, типичные для шизофрении и увидеть функциональную активность разных областей мозга

· Электроэнцефалография отражает биоэлектрическую активность мозга

· Вызванные потенциалы показывают, как человек воспринимает окружающий мир и интерпретирует поступающую из внешней среды информацию

· Дуплексное сканирование сосудов мозга позволяет исключить сосудистые заболевания (атеросклероз сосудов, нарушения венозного оттока)

· Нейротест - метод определения аутоантител к различным белкам нервных клеток организма. Данный тест показывает, насколько правильно и эффективно функционирует нервная система.

· Психологические тесты, определяющие состояние памяти, внимания и мышления, и показывающие нарушения работы определенных участков мозга.

Параллельно оценивается деятельность других систем организма: нервной, эндокринной, сердечно-сосудистой, дыхательной и пищеварительной. Проводятся тесты на наркотики, исследования присутствия в организме вирусов герпеса, Эпштейн-Барра, в некоторых случаях исследуется спинномозговая жидкость (для исключения новообразований и инфекционных заболеваний).

Существуют чёткие диагностические критерии, которые позволяют установить диагноз «шизофрения». В настоящее время клиническая диагностика шизофрении основывается на обнаружении у пациента одного чётко выраженного признака или двух нечётких, из следующего списка галлюцинаторно-параноидных симптомов:

· Пациент ощущает, что ему в голову вкладывают чужие мысли или забирают собственные, что его мысли открыты для окружающих или передаются кому-то другому.

· Ощущение пациента, что кто-то на него воздействует (влияет, овладевает), заставляя совершать те или иные действия или думать о чём-то.

· Пациент воспринимает обычную речь или поведение другого человека извращённо - вкладывает другой смысл в его слова и действия.

· Слуховые галлюцинации у пациента, когда он слышит несуществующие на самом деле голоса, комментирующие его поведение или обсуждающие его; голоса могут исходить и из какой-либо части его тела.

· Возникновение у человека идей, непонятных обществу и не имеющих рационального объяснения.

· Ежедневно появляющиеся в течение длительного времени (несколько недель) сверхценные или бредовые идеи, сопровождающиеся любыми галлюцинациями.

· Разорванность речи и появление большого количества несуществующих слов, в связи с прерывистостью мышления пациента. Он чувствует, что в его мысли вплетаются чужие, мешающие ему сосредоточиться и правильно высказаться.

Шизофрения характеризуется длительностью наблюдаемой симптоматики - несколько недель, месяцев и не являются результатом воздействия каких-либо лекарственных средств или следствием неврологических заболеваний.

Как следует из всего вышесказанного, диагностика шизофрении сложна и занимает много времени. При этом ошибки врачебной диагностики встречаются достаточно часто - примерно в 10 - 12% случаев.

. Лечение

Поскольку причины возникновения шизофрении до сих пор неизвестны, существующие методы лечения направлены на борьбу с симптомами болезни.

Антипсихотические препараты. Антипсихотические препараты появились в середине 1950-х годов. Они эффективно ослабляют позитивные симптомы шизофрении. И хотя эти препараты значительно улучшают жизнь многих пациентов, шизофрению они не излечивают.

Все по-разному реагируют на антипсихотические лекарства. Иногда, чтобы правильно подобрать лекарство, приходится испробовать несколько различных препаратов. Требуются совместные усилия пациента и лечащего врача, чтобы подобрать лекарства, которые лучше всего и с наименьшими побочными действиями контролируют симптомы.

К препаратам более раннего поколения относятся хлопромазин (Thorazine©), галоперидол (Haldol©), перфеназин (Etrafon©,Trilafon©), а также флуфеназин (Prolixin©). Эти препараты могут вызывать экстрапирамидные побочные явления, такие как, оцепенение мышц, постоянные мышечные спазмы, тремор, возбужденность.

В 1990-х годах были созданы новые препараты, так называемые атипичные антипсихотики, которые практически не дают этих побочных действий. Первым таким лекарственным средством был клозапин (Clozaril©). Он эффективно воздействует на психотические симптомы даже у тех пациентов, которые не реагируют на другие препараты, но он может вызвать серьезное осложнение - агранулоцитоз - снижение числа белых кровяных телец (лейкоцитов), предохраняющих организм от инфекций. Поэтому пациенты, принимающие клозапин, должны проверять уровень лейкоцитов в крови еженедельно или раз в две недели. Неудобства, вызванные необходимостью частых анализов, и высокая стоимость анализа крови и самого препарата являются для многих препятствием при лечении клозапином. Тем не менее, это лекарство - лучший выбор для тех, чьи симптомы не поддаются воздействию других антипсихотических препаратов, как первого поколения, так и новых.

Некоторые из разработанных после клозапина препаратов, как например, рисперидон (Risperdal©), оланзапин (Zyprexa©), кветиапин (Seroquel©), сертиндол (Serdolect©) и зипрасидон (Geodon©) - эффективны и редко провоцируют экстрапирамидные явления или агранулоцитоз. Однако они могут вызвать увеличение веса и метаболические изменения, в результате чего возрастает риск повышения уровня холестерина и заболевания сахарным диабетом.

Арипипразол (Abilify) - еще один атипичный антипсихотический препарат, используемый для лечения симптомов шизофрении и маниакальных или смешанных (маниакальных и депрессивных) эпизодов биполярного аффективного расстройства I типа.

Больные по-разному реагируют на антипсихотические препараты, хотя такие явления, как возбуждение и галлюцинации обычно нормализуются в считанные дни, а бред - в течение нескольких недель. У многих больных наблюдается существенное улучшение обоих типов симптомов на шестой неделе приема препарата. Никто не может заранее точно сказать, как лекарство подействуют на конкретного человека, и иногда нужно перепробовать несколько препаратов, пока не будет подобран подходящий.

На первых порах после начала приема атипичных антипсихотических препаратов у больных может появиться сонливость, головокружение при перемене позиции тела, нечеткость зрения, учащенное сердцебиение, проблемы с менструальным циклом, чувствительность к солнечному свету или накожная сыпь. Многие из этих симптомов исчезают через несколько дней после начала лечения, но пациенты, принимающие атипичные антипсихотические препараты, не должны управлять транспортными средствами, пока они не привыкнут к новому препарату.

Если у больного шизофренией развивается депрессия, то к схеме лечения, возможно, нужно будет добавить антидепрессант.

В ходе масштабных клинических исследований, финансированных Национальным институтом охраны психического здоровья (NIMH) и известных под названием CATIE (Клинические исследования эффективности антипсихотического лечения), сравнивали эффективность и побочные действия пяти (как новых, так и старых антипсихотических препаратов), используемых при лечении больных шизофренией. Чтобы получить более подробную информацию о CATIE, посетите сайт: www.nimh.nih.gov/healthinformation/catie.cfm

Продолжительность лечения. Как и диабет или высокое кровяное давление, шизофрения является хроническим заболеванием, которое нуждается в постоянном лечении. На сегодняшний день шизофрения неизлечима, но, благодаря лечению, периодичность психотических эпизодов может быть существенно уменьшена, Хотя все по-разному реагируют на лечение, большинство больных шизофренией должны принимать лекарства на протяжении всей жизни, равно как и использовать другие средства, к примеру, поддерживающую или реабилитационную терапию.

Рецидивы чаще всего возникают, когда больные, почувствовав себя лучше, прекращают прием антипсихотических препаратов или же принимают их нерегулярно, потому что забывают или не считают это важным. Очень важно для больных шизофренией принимать лекарства систематически и на протяжении периода времени, предписанного врачом. Если они следуют этим правилам, они добьются ослабления психотических симптомов.

Нельзя прекращать прием антипсихотических препаратов не посоветовавшись с лечащим врачом и всегда постепенно. Отменять лекарство нужно под наблюдением врача, постепенно уменьшая дозу, а не резко прекращая прием.

Существует много причин, почему больные шизофренией не придерживаются назначенного лечения. Если они не верят, что больны, то не считают, что нуждаются в каком бы то ни было лечении. Если их мышление слишком дезорганизовано, они могут забывать принимать лекарства каждый день. Если им не нравятся побочные действия препарата, они могут прекратить принимать его, не желая попробовать другой. Злоупотребление психоактивными веществами также может влиять на эффективность лечения. Лечащие врачи должны осведомляться у пациентов о регулярности приема ими лекарств и с пониманием относиться к просьбе пациента сменить дозировку или же попробовать другие препараты, чтобы избавиться от нежелательных побочных действий.

Существует много способов, как помочь больным шизофренией регулярно принимать лекарства. Есть обладающие пролонгированным действием лекарства в форме инъекций, которые, в отличие от таблеток, не нужно принимать ежедневно. Медицинские календари и коробочки для таблеток, с обозначенными на них днями недели, могут помочь больным не забывать о приеме лекарств, а ухаживающим за ними - контролировать принял ли больной таблетки. Чтобы помочь пациентам соблюдать режим приема лекарств, можно запрограммировать электронные таймеры часов на время приема таблеток или приурочить его к повседневным делам (таким, например, как прием пищи).

Взаимодействие препаратов. Комбинация антипсихотических средств с некоторыми другими препаратами может вызывать неприятные или опасные побочные действия. По этой причине, врачу, назначающему антипсихотики, необходимо сообщить обо всех лекарствах (как рецептурных, так и безрецептурных), витаминах, минералах и травяных добавках, которые принимает пациент. Следует также обсудить вопросы употребления алкоголя или других наркотиков.

Психосоциальная терапия. Многочисленные исследования свидетельствуют, что психосоциальная терапия может помочь пациентам со стабилизированным антипсихотическими препаратами состоянием решить ряд социальных аспектов шизофрении, таких как: трудности общения, мотивация, самообслуживание, работа, завязывание и поддержка отношений с другими людьми. Изучение и использование механизмов психологической адаптации для решения этих проблем позволяет больным шизофренией посещать школу, работать и общаться. Пациенты, регулярно проходящие психосоциальную терапию, лучше соблюдают режим приема лекарств, у них меньше рецидивов и они реже попадают в стационар. Хорошие отношения с психологом или социальным работником служат пациенту надежным источником информации, сочувствия, поддержки и надежды - всем тем, что играет важнейшую роль в борьбе с болезнью. Информируя пациентов о причинах заболевания, распространенных симптомах или проблемах, с которыми они могут столкнуться, а также о важности продолжения приема лекарств, терапевт может помочь им лучше понять болезнь и научиться жить с шизофренией.

Как взять болезнь под контроль. Больные шизофренией могут играть активную роль в борьбе со своей болезнью. Ознакомившись с основными сведениями о шизофрении и принципами ее лечения, они могут принять взвешенное решение относительно медицинского наблюдения. Научившись распознавать ранние симптомы рецидивов и как на них реагировать, они могут научиться предотвращать их. Можно обучить пациентов и эффективным навыкам того, как справиться с постоянными симптомами.

Комплексное лечение при сопутствующем злоупотреблении психоактивными веществами.

Злоупотребление психоактивными веществами - наиболее распространенное сопутствующее явление у больных шизофренией, но обычные программы лечения наркотической зависимости, как правило, не учитывают специфических потребностей этой части населения. Совмещение программ по лечению шизофрении и наркомании дает лучшие результаты.

Реабилитация. Делая упор на социальную и профессиональную подготовку, реабилитация способствует более успешной жизнедеятельности больных шизофренией. Поскольку шизофрения зачастую начинается в решающем для развития карьеры возрасте (от 18 до 35 лет) и нередко препятствует нормальному когнитивному функционированию, у большинства пациентов нет необходимой для квалифицированной работы подготовки. Программы реабилитации включают профориентацию, профессиональное обучение; консультации по обращению с деньгами и пользованию общественным транспортом, а также предоставляют возможность получить навыки социального поведения и рабочих взаимоотношений.

Санитарно-просветительская работа с семьей. Больных шизофренией пациентов часто выписывают из больницы на попечение их семьи, поэтому для предотвращения рецидивов очень важно, чтобы родственники как можно больше знали о болезни. Чтобы помочь своему больному родственнику эффективно бороться с болезнью, члены семьи должны владеть разными способами, помогающими больному придерживаться предписанного курса лечения; они должны быть вооружены полным арсеналом методов психофизиологической адаптации и обладать навыками решения проблем. Также очень важно знать, где находятся службы амбулаторной и семейной помощи, оказывающие поддержку больным шизофренией и тем, кто за ними ухаживает.

Когнитивно-поведенческая терапия. Когнитивно-поведенческая терапия применима при лечении пациентов, у которых симптомы болезни сохраняются даже при приеме лекарств. Специалист по когнитивной терапии обучает больных шизофренией, как проверять соответствуют ли реальности их мысли и ощущения, как «не слушать» голоса и как стряхнуть с себя сковывающую их апатию. Это лечение эффективно облегчает симптоматику и снижает риск рецидивов.

Группы взаимопомощи. Группы взаимопомощи для больных шизофренией и их семей получают все большее распространение. Хотя в эти группы не входят профессиональные психологи, сами члены группы являются друг для друга постоянным источником взаимной поддержки и утешения, что также оказывает терапевтический эффект. В группах взаимопомощи люди начинают осознавать, что у других - те же самые проблемы, что и у них, и перестают чувствовать себя изолированными из-за болезни или болезни их близких. Завязывающиеся в группах взаимопомощи связи и знакомства способствуют общественным инициативам. Действуя сообща семьи больных могут бороться за проведение научных исследований, за увеличение количества больниц и общественных программ по уходу за больными; а пациенты совместными усилиями могут привлечь внимание общественности к все еще имеющей место в современном мире дискриминации людей с психическими заболеваниями.

Как группы поддержки, так и инициативные группы являются замечательным средством скорейшего выздоровления для людей, страдающих различными видами психических расстройств.

Какова роль системы помощи пациентам? Помощь психически больным людям оказывают семьи, профессиональные сиделки и работники по уходу на дому или в дневных стационарах, друзья или соседи, дипломированные социальные работники, а также все окружающие, кому небезразлична их судьба. Больные шизофренией довольно часто нуждаются в помощи других людей.

Как добиться лечения. Больные шизофренией часто противятся лечению, полагая, что их бред и галлюцинации на самом деле реальны и что они не нуждаются ни в какой психиатрической помощи. Семья и друзья должны принимать меры по спасению родного человека в критический момент.

При любой попытке принудительного лечения возникают проблемы с гражданскими правами. Законы защиты пациентов от принудительного лечения ужесточились и помощь душевнобольному человеку может оказаться очень непростым делом. Законы варьируются от штата к штату, но, в общем, если по причине психического расстройства люди представляют опасность для себя или для других и отказываются от медицинской помощи, то члены семьи или друзья могут вызвать полицию, чтобы доставить больного в больницу. В приемном отделении психиатр, оценив состояние пациента, определит, требуется ли добровольная или принудительная госпитализация.

Не желающие лечиться психически больные могут скрывать от психиатра странное поведение и идеи, поэтому члены семьи и друзья должны попросить врача, проводящего освидетельствование больного, о разговоре с глазу на глаз и рассказать ему, что произошло дома. После этого психиатр сможет опросить пациента и лично убедиться в деформированности его мышления. Специалисты обязаны лично убедиться в ненормальном поведении и лично услышать бредовые мысли, прежде чем они на законных основаниях смогут рекомендовать принудительную госпитализацию, а члены семьи и друзья могут предоставить необходимую для этого информацию.

Уход за больным. Очень важно, чтобы после выписки из больницы больные шизофренией продолжали лечиться и принимать лекарства. Если пациенты прекратят прием лекарств или перестанут наблюдаться у врача, психотические симптомы появятся снова. Если эти симптомы приобретают тяжелый характер, больные могут быть не в состоянии самостоятельно ухаживать за собой, оказываясь неспособными заботиться о еде, одежде и жилье, пренебрегая личной гигиеной, сталкиваясь с угрозой оказаться на улице или в тюрьме, где они вряд ли найдут необходимую им помощь.

Семья и друзья могут помочь пациентам научиться ставить перед собой реалистические задачи по возвращению к жизни в обществе. Весь процесс должен быть разбит на маленькие этапы, каждый из которых является абсолютно достижимым, а каждый шаг пациента на этом пути должен быть обеспечен поддержкой. Психически больные люди, испытывая давление и подвергаясь критике, обычно регрессируют и их симптомы ухудшаются. Акцентировать их внимание на то, что они делают правильно, - лучший способ помочь им двигаться вперед.

Как нужно реагировать, если больной шизофренией говорит нечто странное или очевидно ненормальное? Так как ненормальные убеждения или галлюцинации для пациента абсолютно реальны, то попытки разубедить его, уверяя, что эти мысли и видения ошибочны или являются плодом воображения, не принесут пользы. Соглашаться с бредом - тоже не выход. Лучше всего спокойно сказать, что вы смотрите на вещи по-другому, но вы признаете право каждого человека на собственное мнение. Вежливое, располагающее и доброе отношение, не допускающее при этом опасного или неподобающего поведения - наиболее целесообразный подход к людям, страдающим этим заболеванием.

Прогнозы и перспективы на будущее. В течение последних 30 лет прогнозы для больных шизофренией улучшились. И хотя эта болезнь по-прежнему неизлечима, было разработано эффективное лечение и состояние многих больных улучшено настолько, что они могут жить независимой и полнокровной жизнью.

Научные исследования в области шизофрении переживают сегодня очень интересные времена. Бурное развитие познаний в генетике, неврологии и в изучении поведения позволит лучше понять причины заболевания, найти способы его профилактики и разработать новые методы лечения, которые позволят больным шизофренией реализовать свой потенциал в полной мере.

Список использованной литературы

1. Regier D.A., Narrow W.E., Rae D.S., Manderscheid R.W., Locke BZ, Goodwin FK. The de facto US mental and addictive disorders service system. Epidemiologic catchment area prospective 1-year prevalence rates of disorders and services. Arch Gen Psychiatry. 1993 Feb;50(2):85-94.

2. Catatonic Schizophrenia. (1992).The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

. Mueser KT, McGurk SR. Schizophrenia. Lancet. 2004 Jun 19;363(9426):2063-72.

. Meltzer HY, Alphs L, Green AI, Altamura AC, Anand R, Bertoldi A, Bourgeois M, Chouinard G, Islam MZ, Kane J, Krishnan R, Lindenmayer JP, Potkin S; International Suicide Prevention Trial Study Group. Clozapine treatment for suicidality in schizophrenia: International Suicide Prevention Trial (Inter-SePT). Arch Gen Psychiatry. 2003 Jan;60(1):82-91.

. Meltzer HY, Baldessarini RJ. Reducing the risk for suicide in schizophrenia and affective disorders. J Clin Psychiatry. 2003 Sep;64(9):1122-9.

. Jones RT and Benowitz NL. (2002).Therapeutics for Nicotine Addiction. In Davis KL, Charney D, Coyle JT and Nemeroff C (Eds.),Neuropsychopharmacology: The Fifth Generation of Progress (pp1533-1544).Nashville, TN: American College of Neuropsychopharmacology.

. Cardno AG, Gottesman II. Twin studies of schizophrenia: from bow-and-arrow concordances to star wars Mx and functional genomics. Am J Med Genet. 2000 Spring; 97(1):12-7.

. Lieberman J.A., Stroup T.S., McEvoy J.P., Swartz M.S., Rosenheck R.A., Perkins D.O., Keefe R.S., Davis S.M., Davis C.E., Lebowitz B.D., Severe J, Hsiao JK; Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE). Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. N Engl J Med. 2005 Sep 22;353(12):1209-23.

. Модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств: Клиническое руководство / Под ред. В.Н. Краснова и И.Я. Гуровича. - Приложение к журналу «Социальная и клиническая психиатрия». - М., 1999. - 224 с.

. Протоколы (стандарты) обследования и лечения больных с психическими расстройствами и расстройствами поведения в амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях. - Мн.: МЗ Республики Беларусь; БелЦМТ, 2002. - 78 с.

. Clinical Guideline 1. Schizophrenia. Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care. - National Institute for Clinical Excellence (NICE),2002. - http://www.nice.org.uk/cat.asp?c=4.

. The Expert Consensus Guideline Series. Treatment of Schizophrenia // J. Clin. Psychiatry.-1996. - V.57 (suppl. 12B). - P.1-58.

. 6. The Expert Consensus Guideline Series. Treatment of Schizophrenia 1999 // J. Clin. Psychiatry.-1999.- V.60 (suppl.11).- P.1-60.

. Александров А.А. Нарушения поведения у подростков как один из критериев оценки степени психопатизации - В кН. Патологические нарушения поведения у подростков Л. Ленингр н и психоневрол ин т им В.М. Бехтерева, 1973, с 37-48

. Александров А.А. О преморбидных особенностях характера у под ростков с вялотекущей шизофренией - В кН. Патохарактерологические исследования у подростков Ленингрн. и психоневрол. ин т им В.М. Бехтерева, 1981, с. 97-102

. Ануфриев А.К. О профилактике общественно опасных действий больных при гебоидном варианте простой формы шизофрении - В кн Тез докл конф, посвящ вопросам профилактики общественно опасных действий психически больных М ЦНИИ судебной психиатрии им В.П. Сербского, 1966, с.26-27

. Беляев Б.С. О критериях дифференциального диагноза и терапии алкоголизма у больных юношеской психопатоподобной шизофренией - В кн Патогенез, клиника и лечение алкоголизма. М. М-во здравоохр СССР, 1976, с 78-81

. Беляев Б.С. О клинических особенностях алкоголизма у больных гебоидной формой шизофрении - Журн невропатол и психиатр, 1977, вып 4, с 557-563

. Воробьев В.Ю. Об одном из вариантов юношеской шизофрении, протекающей с преобладанием явлений деперсонализации - Журн невропатол и психиатр, 1971, вып 8, с 1224-1232

. Витебская К.С. О гебоидном синдроме при шизофрении в пубертатном возрасте - Журн. невропатол и психиатр, 1958, вып. 7, с 867-872

. Вроно М.Ш. О гебоидной шизофрении у детей - В кН. Нарушения поведения у детей и подростков (Особенности клиники, терапии и социальной адаптации) М, 1981 Моек НИИ психиатрии, с. 33-41

. Вроно М.Ш. Шизофрения в детском и пубертатном возрасте - В кН. Руководство по психиатрии/Под ред. А.В. Снежневского - М. Медицина, 1983 с 355-360

. Гаврилова С.И., Дружинина Т.И., Концев В.А. и др. Течение и исходы шизофрении в позднем возрасте - М Медицина, 1981 - 192 с

. Ганнушкин П.Б. Избранные труды/Под ред О.В. Кербикова - М Медицина, 1964 - 292 с

. Гиндикин В.Я. Психопатии и патохарактерологические развития (роль внешних факторов в их формировании и динамике) - В кН. Клиническая динамика неврозов и психопатии .Л. Медицина, 1967, с. 152-182